

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM ERISPELA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CUIDADO DOMICILIAR

Giovanna Aparecida SILVA¹, Antônio Carlos PEREIRA¹, Marconi Rodrigues de OLIVEIRA¹, Pâmela Roberta FERREIRA¹, Luís Paulo SOUZA e SOUZA²

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da UNINCOR.

²Orientador e Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UNINCOR –
prof.luis.souza@unincor.edu.br

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Erisipela. Cuidado.

RESUMO

A erisipela é uma infecção provocada por bactérias do tipo *Streptococcus pyogenes* B hemolítico do grupo A de *Lancefield* que são comuns ao nosso organismo, mas podem se desenvolver a partir de escoriações na pele, bolhas nos pés e prurido de picada de insetos. Pacientes obesos, diabéticos, reincidivantes de micoses entre unhas e interdigitais, portadores de AIDS, imunossuprimidos e o sexo feminino, possuem maior propensão a desenvolver a doença. A assistência de enfermagem atua no cuidado e prevenção da erisipela, visando bem-estar e conforto. Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na aplicação da assistência de enfermagem ao cuidado a uma paciente com erisipela. Estudo do tipo relato de experiência realizado por acadêmicos de enfermagem em paciente portadora de erisipela em sua residência domiciliar município de Betim - MG, ao decorrer do mês de outubro. A coleta de dados foi realizada por meio de avaliação do prontuário, entrevista a paciente, anamnese e exame físico. A análise dos dados a partir da experiência foi oportunizada por um referencial teórico pertinente ao tema. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução 510/2016. Paciente de 82 anos de idade, sexo feminino, solteira, nega tabagismo, etilismo, diabetes e HAS, encontra se acompanhada por sua filha e família. Evoluiu consciente, orientada, verbalizando suas necessidades humanas básicas, concilia sono, eupneica (FR:19rpm), normocárdica (FC:66bpm), normotensa (P.A:120/80mmHg), normotérmica (T:37°C), normocorada, hidratada, deambulação prejudicada devido a presença de ferida com curativo em MID e edemaciado, eliminações fisiológicas presentes. Os principais diagnósticos de Enfermagem conforme NANDA foram: Ansiedade; Dor Aguda; Integridade da pele prejudicada. Em seguida, foram traçados planos de cuidados, os quais foram implementados. Conclui-se que o papel do profissional de enfermagem frente ao cuidado, busca conhecer sobre a patologia e suas complicações como melhor método de prevenção, para poder oferecer a está paciente assistência de maneira holística, proporcionando assim um bem-estar e conforto. Para os profissionais de enfermagem torna se importante criar estratégias de prevenção de acidentes como quedas, como forma de diminuir tanto traumas como doenças, por conseguinte consequências da mesma.